

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N° 992

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Félix WINCBERG

né le 12 novembre 1911 à Varsovie (Pologne)

*Contribution au traitement
chirurgical du Phimosis*

Président : M. LENORMANT, Professeur.

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Félix WINCBERG

né le 12 novembre 1911 à Varsovie (Pologne)

*Contribution au traitement
chirurgical du Phimosis*

Président : M. LENORMANT, Professeur.

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

PARIS

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUDRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	HAZARD
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIF
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (E.)	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Pathologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETTI-.....	Pathologie chirurgicale.
DUTAILLIS	
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE .
AUBERTIN
BRULE
CHABROL
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT
SEZARY

MM.
BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER
MOURE
QUENU
VELTER
Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE
METZGER
Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEROUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*En témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance infinie.*

A MES FRERES

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Cochin
Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Avec toute notre reconnaissance
pour l'honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette thèse.*

A NOTRE JURY DE THESE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR FREDE WINCBERG
Chirurgien des Hôpitaux de Varsovie

*Qui nous a donné le bel exemple
d'une vie de labeur et de dévouement.
Il sera l'exemple de ma vie de mé-
decin.*

A LA MEMOIRE DE MON COUSIN
M. CEMACH
Médecin Auxiliaire au 114^e Régiment d'Infanterie
Tombé au Champ d'Honneur
(Verdun 1916)

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE PLEIN
EXERCICE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE TOURS :

A M. LE PROFESSEUR PAUL GUILLAUME-LOUIS
Directeur de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Général Bretonneau
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a guidé nos premiers pas en
médecine.*

*En témoignage de notre profonde
reconnaissance.*

(Externat 1932-33.)

A M. LE DOCTEUR RAOUL MERCIER
Professeur Honoraire de l'Ecole de Médecine de Tours
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre gratitude.

(Externat 1933-34.)

A M. LE DOCTEUR D. GAUDEAU
Médecin-Chef de l'Hôpital Général Bretonneau
et de l'Asile de Clocheville
Chevalier de la Légion d'Honneur

En gage de notre très grand respect.

A M. LE DOCTEUR J. BONNIN
Médecin du Sanatorium Le Jouteux
Croix de Guerre

A M. LE DOCTEUR O. CHAVAILLON
Pharmacien-Chef de l'Hôpital Bretonneau
Directeur des Services Municipaux de l'Hygiène
Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR L. DENOYELLE
Médecin de l'Hôpital Bretonneau
Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR G. DESBUQUOIS
Médecin de l'Hôpital Bretonneau
Professeur à l'Ecole de Médecine

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

*En témoignage de notre reconnais-
sance pour l'enseignement qu'ils nous
ont donné.*

A M. LE DOCTEUR EMILE ARON
Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours
Médecin de l'Hôpital Bretonneau

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre gratitude pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé et dont les précieux conseils nous ont permis de mener à bien ce travail.

En témoignage de notre amitié.

A LA MEMOIRE DE NOTRE AMI LEON SOMMER
Membre du Consistoire Central
Consul des Pays-Bas à Tours
Officier de l'Instruction Publique
Croix de Guerre
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a entouré d'une affection paternelle.

SERMENT D'HIPPOCRATE



N présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. ☞

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. ☞

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. ☞

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ! ☞



SOMMAIRE

Introduction

I.— Rappel anatomique sur les organes génitaux de l'homme

II.— Étude des conditions bactériologiques au niveau du prépuce

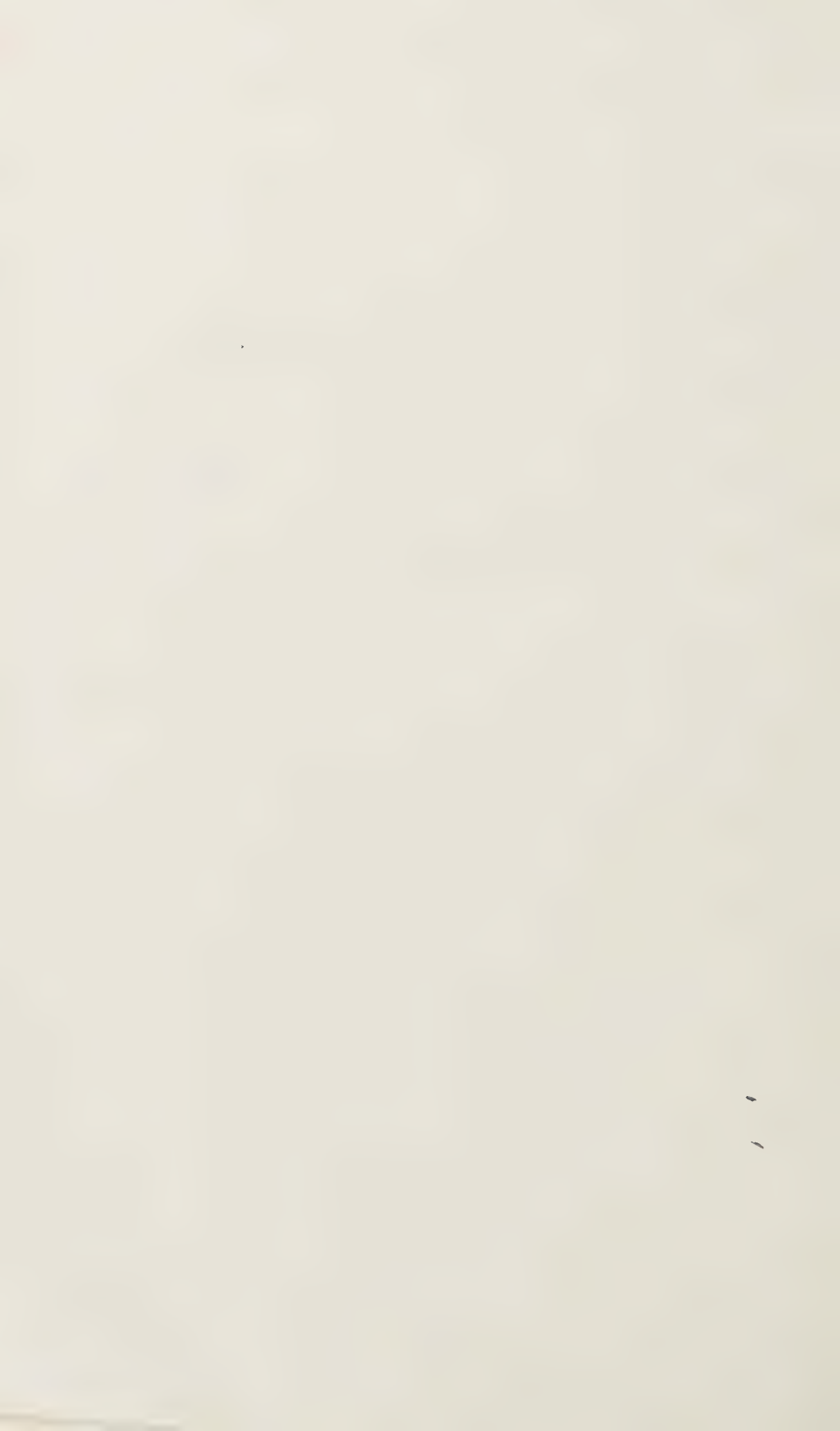
III.— Étude clinique du phimosis. Indications de la circoncision

IV.— Observations

V.— Technique opératoire proposée

VI.— Conclusions

VII.— Bibliographie



INTRODUCTION

« Tout est dit, et l'on vient trop tard depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent », écrit La Bruyère dans ses « Caractères », et rien n'est plus vrai en ce qui concerne la circoncision, qui fut la première intervention tentée sur l'être humain.

Ses origines, couramment attribuées au patriarche Abraham, remontent beaucoup plus loin dans l'histoire reculée de l'humanité.

Et pourtant, le problème de la circoncision reste accessible aux notions nouvelles, car de rituelle au début, l'opération s'est transformée pour devenir essentiellement médicale et pratique.

D'après la thèse du Docteur ABOU, deux cent millions d'hommes sont actuellement soumis à la circoncision.

Ce chiffre seul souligne l'universalité de l'intervention. En Europe, les Israélites et les Turcs sont circoncis avec quelques rares Chrétiens, mais la circoncision est

très répandue en Amérique, dans presque toute l'Afrique et une grande partie de l'Asie.

Pratiquée tout d'abord par des « empiriques » et des « spécialistes », elle se concentre de plus en plus entre les mains des médecins, seuls qualifiés pour la pratiquer.

Et pourtant, les anciennes méthodes ignorant les notions d'asepsie et d'antisepsie, semblent se maintenir dans certaines régions. Il suffit de rappeler, pour s'en convaincre, que la plus grande partie de la population coloniale française, mahométane en majorité, pratique la circoncision par des méthodes encore primitives.

La circoncision est une intervention particulièrement simple. « Je me demande — écrit PECH — si cette simplicité n'est point cause qu'il est généralement mal connu. »

En effet, l'ablation de ce petit lambeau de peau et de muqueuse occasionne parfois des troubles très variés.

Le médecin, n'ayant ni aides ni installations spéciales à sa disposition et l'opération s'effectuant souvent au domicile même du malade, est obligé d'employer la méthode chirurgicale classique, ce qui l'oblige de s'abstenir la plupart du temps.

Pour ces raisons, nous avons pensé qu'il était utile de revenir sur le problème de la circoncision en proposant une méthode simple, pratique et efficiente, accessible à tous.

Après avoir rappelé les notions d'anatomie indispensables sur les organes génitaux de l'homme, nous indi-

querons les motifs hygiéniques et cliniques qui dictent la décision opératoire.

Nous insisterons ensuite particulièrement sur notre technique opératoire que nous illustrerons de nombreuses observations personnelles.

I. — RAPPEL ANATOMIQUE SUR LES ORGANES GENITAUX DE L'HOMME.

Les organes génitaux de l'homme comprennent, outre les glandes génitales ou testicules, un organe copulateur, la verge.

On peut lui décrire un corps et deux extrémités, mais c'est essentiellement l'extrémité antérieure qui nous intéresse.

Son aspect est caractéristique. De forme conoïde à son sommet antérieur, il semble être coupé obliquement aux dépens de sa base.

Nous attirons l'attention dès maintenant sur son obliquité, ceci présentant une importance capitale quant aux succès ultérieurs opératoire et esthétique de l'intervention.

Cette extrémité antérieure ou gland ne revêt que la face supérieure et une partie des faces latérales de la verge.

La saillie circulaire à la base constitue la couronne

du gland. Elle est limitée par le sillon balano-préputial, en forme circulaire.

Ce sillon, transversal sur le dos de la verge, se dirige obliquement en bas et en avant pour se terminer à quelques millimètres du méat. Les deux sillons s'unissent et donnent place, dans leur interstice, à un repli cutané appelé filet ou frein de la verge.

L'extrémité antérieure est recouverte par un repli cutanéomuqueux — *le prépuce*. Il forme une sorte de manchon tout autour du gland. A l'état normal, son orifice doit être suffisamment large pour permettre de découvrir complètement l'extrémité de l'organe.

En réalité, le prépuce n'est que la peau de la verge, qui arrivée à l'extrémité antérieure du gland, se replie en dedans, prenant les caractères d'une muqueuse. Il se dirige d'avant en arrière, et une fois au niveau du sillon balano-préputial, il se réfléchit d'arrière en avant pour recouvrir le gland — sans lui adhérer — et pour se continuer au niveau du méat avec la muqueuse du canal de l'urètre. Entre le prépuce et le gland existe une cavité virtuelle, la cavité du prépuce. Elle est remplie par une matière blanchâtre : le smegma.

L'orifice doit être suffisamment large pour que la migration du prépuce se fasse, à l'état normal, sans difficulté ni douleur. La longueur du prépuce varie selon les sujets; tantôt il n'arrive qu'au méat, ne recouvrant qu'une partie du gland; tantôt il est presque inexistant, s'arrêtant à la couronne; ou bien au contraire il dépasse le gland, formant vestibule.

Les dimensions du prépuce peuvent être inférieures à celles du gland. Cette anomalie constitue le phimosis.

La vascularisation de la verge se fait par les artères du corps spongieux et celles des corps caverneux qui émanent toutes les deux de la honteuse interne. Les artères des enveloppes proviennent des artères honteuses externes, de l'artère périnéale superficielle et de la dorsale de la verge — branche de la honteuse interne. Cette dernière envoie ses branches terminales pour irriguer le gland.

En ce qui concerne la circulation du prépuce, et ceci nous intéresse plus particulièrement car c'est lui qui sera lésé au cours de l'intervention, les rameaux artériels sont fournis à la fois par l'artère transverse du périnée et la face convexe de l'arcade, formée par l'anastomose de deux artères dorsales de la verge.

Quant à l'artère du frein, indiquons que peu développée chez le nouveau-né, elle est parfois très volumineuse chez l'adulte.

Circulation veineuse. — Au système artériel correspond le système veineux.

Le premier groupe, superficiel, provient des enveloppes de la verge et du prépuce et aboutit à la veine dorsale superficielle.

Le deuxième groupe, profond, tire ses origines des organes érectiles et aboutit à la veine dorsale profonde, un des principaux affluents du plexus de Santorini.

Entre ces deux systèmes existent de larges communications pouvant se suppléer mutuellement.

Les lymphatiques se divisent en réseau superficiel et réseau profond, ce dernier prenant naissance sur le gland.

On admet, depuis SAPPEY, que les lymphatiques du gland se rendent aux ganglions superficiels de l'aîne.

Innervation. — La muqueuse du gland reçoit sa sensibilité à la fois de la branche terminale du nerf dorsal de la verge et du rameau du nerf périnéal. Les ramifications nerveuses présentent ici une richesse toute particulière. Elles s'y terminent en partie par des extrémités libres et en partie par des corpuscules génitaux de Krause.

Afin d'être complet, mentionnons, en arrière du gland, la présence des corpuscules de Puccini, étudiés par SCHWEIGER-SEIDEL.

Quant au prépuce, il est innervé par le rameau terminal superficiel du nerf périnéal et par le rameau pénien cutané. Tous les deux cheminent entre la peau et le fascia de la verge.

Enfin, au niveau du sillon balano-préputial, nous rencontrons de nombreuses anastomoses entre les nerfs superficiels et les nerfs profonds.

Glandes de Tyson. — Les glandes sudoripares et les poils font complètement défaut au niveau de la muqueuse préputiale.

Par contre, nous y trouvons de nombreuses glandes sébacées décrites sous le nom de glandes de Tyson ou glandes préputiales.

Ces glandes siègent de préférence sur la couronne

du gland, dans le sillon balano-préputial et dans les fossettes latérales du frein.

Leur structure rappelle en tout celle des glandes sébacées. Ils présenteraient, selon Von SAALFELD (recherches faites dans le laboratoire du Professeur WALDEYER), une grande analogie avec les glandes sébacées des petites lèvres.

Le produit de sécrétion, de consistance huileuse et d'odeur forte et désagréable, constitue l'un des éléments du smegma préputial.

Papille du gland. — La muqueuse du gland contient dans toute son étendue un grand nombre de papilles vasculaires, invisibles à l'œil nu, mais plus volumineuses au niveau de la couronne.

II. — ETUDE DES CONDITIONS BACTERIOLOGIQUES AU NIVEAU DU PREPUCE.

Nous attirons l'attention sur le fait que tant que le prépuce existe la sensibilité du gland et la sécrétion de la muqueuse restent intactes. Cette sensibilité exquise siège dans les papilles vasculaires. Elle est entretenue par la présence du prépuce et souvent même exagérée.

En effet, le prépuce empêche tout contact de la muqueuse glandulaire et lui conserve sa minceur. La sécrétion constitue le smegma.

La smegma préputial est essentiellement formé des cellules épithéliales desquamées, auxquelles s'ajoutent les produits de sécrétion des glandes de Tyson surtout nombreux au niveau du sillon balano-préputial.

Ce sillon est l'habitat ordinaire du *Bacterium Coli* — agent d'infection urinaire. Nous croyons volontiers que le milieu humide entretenu par la stagnation du smegma est la cause de l'irritation et de l'infection —

d'où la formation d'adhérences, d'eczéma, d'impétigo ou de phimosis.

Entrevues par COOKE (Amer. J. of Dis. of Children. 1921), rapportées par COMBY, ces lésions cutanées seraient produites par la décomposition ammoniacale de l'urée contenue dans l'urine : uréase intra-cellularise du *B. ammoniagenes*, si fréquent dans le colon de l'enfant.

A l'état normal, l'acidité urinaire arrêterait le développement du *B. ammoniagenes*.

Mais si l'acidité urinaire diminuait, par exemple sous l'influence de l'affaiblissement momentané de l'organisme ou au cours d'un état préatrophique, les germes se multiplieraient et la dose d'ammoniaque augmenterait.

L'absence du prépuce modifie le terrain anatomique et les conditions bactériologiques envisagées. L'absence du manchon glandulaire expose la muqueuse à tout contact, spécialement à celui de l'air et des vêtements. Conséquence : la muqueuse s'épaissit, devient plus résistante, en somme elle se cutanise.

La transformation de la muqueuse entraîne une modification dans ses sécrétions : en effet, par suite de l'atrophie des glandes sébacées, la sécrétion smegmatique se tarit. JOLY remarque que « la circoncision a pour conséquence une diminution de l'excitabilité de l'extrémité pénienne ».

Et la conséquence de la diminution de cette sensibilité consiste, comme de juste, dans la prolongation de l'acte de copulation.

III. — ETUDE CLINIQUE DU PHIMOSIS. INDICATIONS DE LA CIRCONCISION

A. — ETUDE CLINIQUE DU PHIMOSIS.

Si l'histoire de la circoncision est très ancienne, on ne peut guère en dire autant de la pathologie du prépuce, qui était très longtemps méconnue. Certes, des observations sporadiques existaient déjà. On y traitait des troubles variés, mais leur étiologie restait souvent mystérieuse.

Ce n'est que vers la fin du siècle dernier que leur pathogénie a été mise en lumière.

Le prépuce peut engendrer des affections multiples. Loin de se localiser, il provoque souvent des troubles généraux graves et seule l'observation minutieuse est capable de les attacher à leur véritable cause.

« Il ne semble pas à première vue — dit **TOURNEUX** — que l'existence de ce mince lambeau de peau et de muqueuse qui constitue le prépuce puisse avoir une

influence bien considérable sur la santé — et pourtant il peut parfois devenir le point de départ de troubles multiples, bizarres, parfois même dangereux. »

« Il est rare, en examinant un enfant, dit STARK — de voir un prépuce propre, sans smegma et sans irritation du gland. 40 0/0 des enfants ont le gland dans un état d'irritation : gland violacé, très sensible au toucher. Dans les trois premières années, qui correspondent à la grande activité de la nutrition et de la croissance, la mère vous dira : « Mon enfant est très nerveux. »

Dans l'entrée en fonction de l'appareil génital, la mère vous dira : « Mon enfant ne profite pas pour son âge » et vous verrez un garçon pâle, maigre, souvent avec une toux nerveuse.

Alors, au lieu de penser aux médicaments antispasmodiques ou fortifiants, examinez son organe génital comme vous examinez les voies respiratoires ou circulatoires et vous découvrirez en général la cause : prépuce et gland enflammés, prépuce long ou sclérosé, eczéma, impétigo du prépuce, adhérences ou phimosis. »

Le phimosis est l'affection la plus commune de toute la pathologie préputiale.

Nous étudions à présent le *phimosis congénital*.

PARK estime que le gland ne peut être découvert complètement que dans 20 0 0 des cas chez les enfants en bas âge; d'autres pensent même que c'est un état normal au moment de la naissance.

Le plus souvent, cette anomalie disparaît vers la puberté par suite du développement du gland et de

l'apparition des érections qui dilatent l'anneau préputial.

Mais dans certains cas, cette anomalie persiste, constituant le phimosis.

Le phimosis peut être *total* ou *subtotal*. Dans le premier cas, il présente une ouverture à peine assez grande pour admettre une tête d'épingle, ce qui empêche la perception du gland. Dans le deuxième cas, on aperçoit au contraire un orifice plus ou moins rétréci.

Quant à son origine, nous pensons que le phimosis est dû à une longueur exagérée du prépuce à laquelle s'associe un resserrement interne de la muqueuse préputiale au voisinage de l'orifice. SCHAPIRO constate que chez tout nouveau-né l'orifice est d'autant plus étroit que le prépuce est plus long.

A côté de la sténose congénitale, nous mentionnons la *sténose acquise du prépuce*.

Le phimosis acquis peut être secondaire non seulement à des inflammations diverses et à des ulcérations vénériennes multiples, mais aussi à des interventions opératoires que nous appellerons volontiers incomplètes, et qui consistent soit dans la persistance des adhérences balano-préputiales insuffisamment libérées, d'où formation des anneaux de constriction au niveau de la couronne glandulaire, soit dans la résection insuffisante de la muqueuse balanique.

D'autres fois le phimosis acquis suit un traitement manuel incorrectement appliqué, c'est-à-dire, on le voit, à la suite des dilatations de l'orifice préputial au moyen des pinces qui blessent chaque fois la muqueuse et qui

laissent « des bagues de scléroses cicatricielles » plus serrées que la sténose initiale.

OMBRÉDANNE critique cette méthode et ajoute en conclusion de « ne jamais avoir recours à ce mode de traitement sitôt qu'on constate que la dilatation provoque la moindre fissuration muqueuse ».

B. — CLASSIFICATION DES COMPLICATIONS DU PHIMOSIS.

Si le phimosis constituait une entité morbide et se contentait seulement de serrer plus ou moins l'orifice préputial, rien ne présenterait une bénignité plus grande.

Mais la sténose en question est à la base des inconvénients parfois si graves que les accidents et les complications qu'elle engendre surpassent de beaucoup l'affection phimosique primitive.

La multiplicité et la diversité des complications traduisent leur importance clinique.

Nous les classons en trois groupes :

1. — Complications locales;
2. — Complications de voisinage;
3. — Complications générales.

Seules les complications locales seront subdivisées en trois sous-groupes d'après les :

- A. — Troubles fonctionnels;
- B. — Troubles physiques;
- C. — Troubles inflammatoires.

I. — COMPLICATIONS LOCALES.

A. — Troubles fonctionnels.

1. Gêne de la miction. — Sans parler ici du défaut de parallélisme entre l'orifice préputial et le méat urétral (Obs. VI), la gêne de la miction résulte souvent de l'étroitesse marquée de l'orifice préputial.

L'urine ne s'écoule plus librement. Elle s'accumule dans le prépuce et constitue à la longue « une véritable vessie sous-préputiale ». Cette dilatation, d'abord limitée au prépuce même, pourra s'étendre soit vers l'urètre, soit vers la vessie et même aller jusqu'aux uretères, cas constatés par PAUZAT et VIDAL DE CASSIS.

Il est évident qu'en permettant ainsi à l'urine de s'accumuler on laisse la porte ouverte aux balanites et aux balanoposthites.

2. Gêne de l'érection. — De nouveaux troubles surviennent après la puberté. L'érection devient très douloureuse et la découverte du gland ne peut s'effectuer qu'à travers un orifice préputial rétréci et fibreux. TOURNEUX ajoute qu'il « pourra parfois même se déchirer dans des mouvements trop impétueux ou prolongés ».

3. Gêne de la fécondation. — La gêne de l'érection entraîne d'autre part la gêne du coït. Le sujet s'abstient volontairement, vu la grande douleur au moment des rapports et aussi par crainte de paraphimosis (Obs. IV).

Un gland bien découvert laisse sortir librement le

liquide séminal tandis que l'étroitesse préputiale contrarie l'émission du sperme.

B. — Troubles physiques.

1. Paraphimosis. — Contrairement au phimosis qui est le plus souvent congénital, le paraphimosis est, dans la majorité des cas, sinon toujours, acquis. RICHET en donne une belle description :

« Lorsque le prépuce, trop étroit pour permettre de découvrir facilement le gland, l'est cependant assez pour le laisser sortir en lui faisant violence, il arrive qu'on ne peut plus le ramener en avant : c'est le cas qui constitue le paraphimosis, conséquence naturelle du phimosis. »

Certes, une réduction manuelle peut faire disparaître momentanément cet étranglement de l'extrémité antérieure de la verge, qui, non traité d'une façon immédiate, produirait des accidents de gangrène.

2. Calculs préputiaux. — La stagnation permanente de l'urine dans la poche préputiale forme des dépôts de sels urinaires. Leur accumulation aboutit à la production des calculs.

Variables quant au nombre et aux dimensions, presque toujours de consistance ferme, ils sont formés d'acide urique, d'urates d'ammoniaque et de phosphates ammoniaco-magnésiens.

VELPEAU en a extrait un calcul de 130 grammes et RICHET, alors son interne, trouva amassés entre la cou-

ronne du gland et le prépuce trente-deux calculs dont « la grosseur variait d'un pois à un grain de millet. »

D'après les auteurs brésiliens, le phimosis favoriserait 70 0/0 des calculs vésicaux.

C. — *Troubles inflammatoires.*

1. Balanites et balano-posthites. — Les sécrétions sébacées de la muqueuse préputiale et glandulaire, transformées par la stagnation de l'urine, irritent les deux organes contigus et provoquent ainsi l'apparition d'une balano-posthite.

L'inflammation du prépuce — posthite — et du gland — balanite — est causée par les fermentations qui s'accumulent dans le cul-de-sac préputial. Bientôt, un écoulement puriforme s'échappe à travers l'orifice préputial et donne lieu à « la fausse gonorrhée » de NOGUÈS.

Les signes cliniques posent le diagnostic : sensation de chaleur, douleurs cuisantes sous forme de picotement siégeant au niveau du prépuce et du gland.

La gêne de la miction, la rougeur des téguments, le gonflement et la sécrétion purulente peuvent se compliquer, surtout dans les formes aiguës, des lymphangites et d'adéno-phlegmons inguinaux.

La balano-posthite peut revêtir la forme herpétique. Elle est caractérisée alors par des vésicules qui siègent de préférence à la face interne et sur les bords du prépuce. La forme chronique de la balano-posthite peut

aboutir soit à la formation des adhérences, soit à la sclérose du prépuce et à l'arrêt du développement du gland.

Le seul traitement radical, selon HARTMANN et CASTELAIN, consiste dans la suppression du prépuce.

2. Adhérences. — Les adhérences qui réunissent le gland à la muqueuse préputiale siègent d'ordinaire au niveau de la couronne du gland. Facilement détachables au début, elles deviennent à la longue dures et résistantes et ne cèdent alors qu'au bistouri.

Les surfaces où siégeaient les adhérences se cicatrisent très rapidement. Selon STARK, 40 0/0 des enfants bien portants seraient porteurs d'adhérences balano-préputiales.

II. — COMPLICATIONS DE VOISINAGE.

1. Troubles de la miction. — Il ne faut pas confondre le trouble de la miction avec la gêne de l'émission de l'urine que nous avons étudiée dans les complications locales et qui relève uniquement d'ordre mécanique.

Il s'agit ici de l'incontinence — principalement nocturne — et de la rétention d'urine. Depuis TROUSSEAU, de nombreuses observations cliniques ont montré la corrélation qui existe entre le phimosis et l'incontinence d'urine, mais si l'explication de ce fait tardait à venir, l'empirisme démontra que la guérison complète suivait

très souvent l'ablation de ce mince lambeau de peau et de muqueuse (Obs. V).

Le Professeur RECLUS écrit : « Nous, sur sept cas d'incontinence d'urine nocturne, avons eu sept succès par l'excision du prépuce. »

Il est fort probable que le réflexe seul suffit à expliquer le jeu prépuce-vessie, car l'irritation préputiale conduit à l'irritation du gland, d'où des contractions vésicales paroxystiques.

2. Pertes séminales. — La matière sébacée accumulée dans la cavité préputiale peut donner lieu, dans certains cas, à une irritation qui gagne les vésicules séminales à travers les canaux éjaculateurs et provoque les pertes séminales involontaires.

Pour BOUISSON et MARTIN, la circoncision serait le traitement radical des pertes séminales.

3. Hernies ombilicale et inguinale. — De nombreuses statistiques ont relevé la fréquente coexistence du phimosis et de la hernie : 60 0/0 selon KAREWSKI et SCHMID. Or, chaque fois que l'émission d'urine rencontre un obstacle, l'enfant est obligé de contracter fortement ses muscles abdominaux. Les parents nous disent que « l'enfant pousse » (Obs. VII).

Ces efforts souvent répétés permettent d'évacuer la vessie, mais ils exercent une forte pression sur les points faibles de l'abdomen et provoquent ainsi les hernies ombilicale ou inguinale.

4. Prolapsus rectal. — Beaucoup moins fréquent, il relève de la même étiologie que la hernie ; il se rencontre spécialement chez les enfants prédisposés par des constipations antérieures.

5. Prurit. — La présence d'une matière sébacée, baignée constamment par l'urine entre le prépuce et le gland, détermine une irritation de la muqueuse balanique — d'où l'apparition des démangeaisons à l'extrémité de la verge.

Notre observation I, relative à Henri B..., atteint de prurit intense, illustre bien cette complication. L'intervention chirurgicale est le seul remède efficace.

6. Eréthisme précoce et onanisme. — Le prurit balanique incite l'enfant à porter la main à la verge et à « tirer sur le fourreau préputial ».

L'éréthisme en est la conséquence naturelle. OMBREDANNE croit que la présence du phimosis est à fait suffisante pour expliquer l'apparition des érections chez de très jeunes bébés.

L'irritation préputiale incite donc à l'onanisme. Cette cause doit être supprimée dès le début. Sinon, les sensations agréables « feront de l'enfant un esclave » et agiront dans le sens classique : amaigrissement, pâleur, névrose, neurasthénie, convulsions et, plus tard, abrutissement, imbécillité et l'idiotie.

7. Ectopie testiculaire. — L'absence des testicules dans les bourses se voit souvent chez les enfants à prépuce normal. Pourtant, la corrélation entre la sténose

du prépuce et l'ectopie testiculaire est plus fréquente que l'on ne pense.

Avant de faire leur descente définitive (Obs. VI), les testicules semblent attendre la disparition de l'état anormal du côté de l'appareil génital externe de l'homme.

8. Algies et contractures. — Sans parler des douleurs que tout adolescent atteint de phimosis éprouvera au moment des premiers rapports, il y en a d'autres qui siègent dans la zone des nerfs génitaux et des nerfs lombo-sacrés. Elles provoquent des névralgies et des contractures, bien décrites par SAYRE, simulant souvent les coxalgies.

« On se demande alors — écrit TOURNEUX — si les phénomènes douloureux de la hanche ne sont pas sous la dépendance de l'irritation, de l'éréthisme permanent et entretenu des organes génitaux trop fréquemment sollicités et réagissant sur le plexus lombo-sacré, et, en opérant le petit malade de son phimosis, on aura la satisfaction de le voir guérir de ses signes de pseudo-coxalgie, comme REVERDUN et VEYRASSAT ont guéri leurs opérés. »

III. — COMPLICATIONS GÉNÉRALES.

1. Troubles nerveux. — Le phimosis congénital provoque des troubles fort variés, qui ont été observés cliniquement, mais à pathogénie encore obscure.

Nous considérons ces troubles comme étant d'origine

nerveuse au même titre que les troubles névralgiques, gastriques et congestifs qui accompagnent les affections utérines.

Ces troubles nerveux, sans caractère précis, peuvent se présenter tantôt sous des formes névralgiques, tantôt épileptiques, ou même méningitiques (Obs. III).

FLEURY, SIMON et BLONDEAU apportent diverses observations qui ont toutes pour substratum une atteinte du système nerveux.

2. Troubles dyspeptiques. — Le cas d'Henri D..., âgé de 2 ans (Obs. IV), nous permet d'illustrer les rapports qui existent entre la sténose préputiale et certaines affections gastro-intestinales de la première enfance.

Dans un travail fort intéressant, VEBER étudie les dyspepsies congénitales, exclusion faite des troubles dyspeptiques par malformation de la bouche et des annexes, ainsi que les dyspepsies des enfants prématurés. Il constate notamment que la dyspepsie congénitale s'observe très souvent chez les enfants du sexe masculin et dont la mortalité est élevée.

Les enfants atteints de dyspepsie congénitale sont extrêmement nerveux. Ils présentent des troubles intestinaux, des coliques, un ballonnement du ventre, une fausse constipation et souvent des rétentions d'urine. Mais ces symptômes passent fréquemment inaperçus et l'attention des parents n'est attirée que par l'apparition des signes évidents d'hypothrepsie. VEBER apporte les résultats de 300 interventions pratiquées avec succès pour troubles dyspeptiques.

Ici comme ailleurs, le traitement chirurgical s'impose. L'ablation du prépuce est suivie de la reprise du poids et de la disparition concomitante des troubles digestifs.

Tableau des complications du phimosis dans le cadre de notre classification

I. — Complications locales :

A. Troubles fonctionnels : gêne de la miction, gêne de l'érection, gêne de la fécondation.

B. Troubles physiques : paraphimosis, calculs préputiaux.

C. Troubles inflammatoires : balanites et balanoposthites, adhérences.

II. — Complications de voisinage :

1. Troubles de la miction : incontinence ou rétention.

2. Pertes séminales.

3. Hernies ombilicale et inguinale.

4. Prolapsus rectal.

5. Prurit.

6. Érétisme précoce et onanisme.

7. Ectopie testiculaire.

8. Algies et contractures.

III. — Complications générales :

1. Troubles nerveux.

2. Troubles dyspeptiques.

C. — PRÉDISPOSITIONS

Outre les complications que nous avons étudiées, le

prépuce sténosé peut favoriser, dans certaines circonstances, l'éclosion des affections parmi lesquelles nous réservons la première place aux

Maladies vénériennes. — Nous ne voulons pas dire par là que, craignant ultérieurement l'apparition d'un chancre syphilitique ou d'une blennorrhagie aiguë, il faut enlever d'avance tous les prépuces qui se présentent : mais l'observation des cas de syphilis et de gonococcies, malheureusement très fréquents, montre que les soins appliqués sur un gland découvert ont plus d'efficacité, tant en ce qui concerne la rapidité de la guérison que la prophylaxie des complications.

D'ailleurs, d'après la statistique de PAWLOW, 37 0 0 des chancres primitifs se localisent sur le prépuce.

RECLUS, TANT et MARTIN considèrent la cutinisation de la membrane muqueuse du gland, à la suite de l'ablation du prépuce, comme moyen prophylactique le plus efficace.

Il ne reste que quelques mots à dire des autres affections ou malformations auxquelles prédispose la présence du prépuce.

Cancer. — La coexistence du phimosis et du cancer a été souvent rapportée par des auteurs du siècle dernier

DEMARQUAY a noté 42 cas de phimosis sur 59 cancers du prépuce. La dégénérescence cancéreuse, d'ailleurs rare actuellement, peut s'expliquer par compression de la matière sébacée et des calculs dans la poche préputiale.

Elephantiasis. — Très rare, sa localisation sur le prépuce a été signalée par RICORD et ROLLET qui conseillent l'ablation chirurgicale du prépuce.

Malformations. — Une brièveté excessive du frein amène un fléchissement de la verge rendant les érections très douloureuses et aboutissant à une impotence fonctionnelle marquée.

L'observation de Paul D..., âgé de 6 ans (Obs. VI), fait mention de la malformation qui consiste dans l'absence du parallélisme entre l'orifice préputial et le méat urinaire.

Cette anomalie constitue l'épispadias préputial de CHASSAIGNAC.

IV. — OBSERVATIONS

Pour illustrer les diverses complications du phimosis, nous apportons quelques observations, parmi les plus typiques, que nous avons recueillies au cours de ces dernières années avec notre regretté ami LÉON SOMMER.

Obs. I. — Henri B..., âgé de 5 ans.

Maux de tête, surtout nocturnes. Démangeaisons dans la région périnéale.

Le sommeil est souvent troublé par un *prurit* qui l'oblige inconsciemment à porter ses mains vers la région pubienne et à se gratter jusqu'à écorchures.

Nous voyons l'enfant le 7 septembre 1936. Teint pâle, yeux cernés. A l'examen, région scroto-pubienne

rouge et écorchée. Prépuce long, rouge, enflammé. Phimosis très serré.

Nous proposons la circoncision et la pratiquons deux jours après en pleine poussée inflammatoire.

Le dernier pansement enlevé (le troisième jour), nous appliquons une pâte à l'oxyde de zinc qui guérit les lésions en l'espace de quelques jours, alors que cette même pommade n'a rien fait pendant de longues semaines avant l'intervention.

D'autre part, l'enfant urine depuis normalement.

Obs. II. — David K..., âgé de 18 ans, quoique israélite, n'a pas été circoncis selon le rite, sa mère ayant succombé des suites d'infection puerpérale, son père étant décédé quelques mois auparavant.

Le malade présente une sténose du canal préputial et il accuse de *fortes douleurs au moment des érections*.

Un paraphimosis, il y a deux mois, réduit par compression manuelle longue et douloureuse.

On l'opère le 7 avril 1935. Les suites opératoires sont bonnes. Disparition des douleurs. Érections normales.

Obs. III. — Michel P..., 7 ans. Se plaint de céphalalgies diffuses, paroxystiques.

Somnolent et grognon, cherche la solitude. Fuit les autres enfants ; apprend difficilement. Hostile à toute persuasion et douceur.

Vomissements, céphalalgie, constipation.

Tableau méningitique.

Réaction à la tuberculine négative. P. L. normale. Absence d'autres signes cliniques.

Pas d'antécédents héréditaires ni familiaux. Pas de contagion évidente, le petit malade vivant en pleine campagne dans les environs de Tours (Indre-et-Loire).

L'examen est difficile. On note un phimosis prononcé, le prépuce long, non irrité.

Le médecin traitant assiste à l'opération faite le 30 juin 1935. Disparition de tous les troubles. Un mois après, l'enfant est calme et permet tout examen.

Revu un an plus tard, l'enfant est gai, souriant, faisant des progrès en classe.

Obs. IV. — Henri D..., âgé de 2 ans. Bien portant jusqu'alors, l'enfant commence à perdre du poids par inappétence.

Digestion lente et pénible, vomissements rares, mais régurgitations fréquentes ; haleine mauvaise.

Poids au-dessous de la normale : 9 kg. 300 (à la naissance : 3 kg. 500). Ballonnement du ventre. Selles mal liées, le plus souvent diarrhéiques. Pas de fièvre. Réaction à la tuberculine —.

L'enfant présente une *affection gastro-intestinale*. Malgré un traitement approprié, l'enfant continue à maigrir. Notre attention est alors attirée par la longueur excessive du prépuce qui laisse à peine entrevoir l'extrémité du gland. Localement, rien ne faisait prévoir l'existence du phimosis, d'ailleurs subtotal.

Instruit par les observations de Veber de l'hôpital Belle-Isle de Metz, nous pratiquâmes l'opération du

phimosis le 12 mai 1935, selon notre technique décrite plus loin.

Suites opératoires normales. Disparition concomitante des troubles digestifs. Reprise du poids.

Obs. V. — Lucien S..., âgé de 5 ans et demi. Traité pour *incontinence d'urine* depuis huit mois, sans résultat.

Nous pensons à un spina bifida occulta. Examen négatif. Nous constatons alors un prépuce serré. La circoncision est pratiquée le 14 janvier 1936.

Guérison de la plaie en quatre jours. L'incontinence dure encore le 15 et le 16 janvier et s'arrête définitivement.

Obs. VI. — Paul D..., âgé de 6 ans. Présente des troubles mécaniques de l'appareil urinaire, à savoir : absence de parallélisme entre l'orifice préputial et le méat urinaire.

Nous constatons une stase urinaire dans le cul-de-sac terminal du prépuce. Mais notre attention est attirée par les bourses, vides de testicules. L'enfant a subi antérieurement, sans résultat, un traitement par l'extrait thyroïdien.

Afin de corriger l'anomalie de l'*épispadias préputial*, nous pratiquons l'opération le 3 mai 1934. Depuis, l'enfant urine normalement.

L'observation serait tout à fait banale et rentrerait dans le cadre de plusieurs autres que nous ne citons pas, faute de particularité, si nous n'avions pas constaté, un mois et demi après l'intervention, la présence, dans les bourses, du testicule gauche, suivi de près de

la descente de celui du côté opposé. *L'ectopie testiculaire* double a disparu.

Nous ne tirons pas de conclusions trop hâtives, car il pourrait s'agir uniquement d'une simple coïncidence ; pourtant nous publions notre observation telle quelle, n'en ayant pas trouvé de semblables dans la littérature médicale contemporaine.

Obs. VII. — Jean-Pierre S..., âgé de 25 mois. Présente une hernie ombilicale.

L'examen des organes génitaux montre un prépuce rétréci. L'émission d'urine est précédée d'une poussée très marquée de toute la musculature abdominale. L'opération du phimosis est pratiquée le 19 avril 1935 sans anesthésie. Guérison en cinq jours. L'enfant urine normalement et sans effort.

Quatre mois après l'intervention, disparition complète de la hernie ombilicale.

V. — TECHNIQUE OPERATOIRE PROPOSEE

A. — HISTORIQUE DE L'OPÉRATION DE LA CIRCONCISION.

Avant d'aborder la question opératoire, il serait utile et intéressant de jeter un coup d'œil sur l'histoire de la circoncision.

Sans vouloir rapporter tout ce qui a été dit et discuté sur la préputomie (ceci fait l'objet d'une thèse intéressante de BARAS intitulée *Circoncision dans l'Histoire*, nous nous bornerons à tracer les grandes lignes de cette pratique déjà plusieurs fois millénaire.

A cause même de son ancienneté, 6 à 8.000 ans, il est difficile d'indiquer l'origine exacte du premier acte opératoire, pour ne pas employer le mot de « chirurgical ».

Trois peuples revendiquaient cette intervention : les Egyptiens, les Phéniciens et les Hébreux.

D'après POGORELSKY, il est douteux qu'Abraham ait

été le premier à recourir à l'acte de la circoncision. En effet, ce dernier ne la pratiqua qu'au retour de son voyage en Phénicie et en Egypte. Ce fut au cours de son séjour dans les pays indiqués qu'il assista probablement à ces opérations et en constata les bons résultats.

D'après TANT, les Egyptiens eux-mêmes n'auraient acquis cette pratique de circoncision qu'en imitant les Ethiopiens, lesquels, à leur tour, l'empruntèrent des peuplades de l'Afrique centrale. Chez les Egyptiens, la circoncision était uniquement réservée à l'élite de la nation ; dans la suite, elle devint plus répandue et la plupart y étaient soumis.

Au début rituelle, plus tard thérapeutique, la circoncision se répand rapidement dans le monde entier. Mais les Sémites : les Israélites et les Mahométans seuls sont restés fidèles aux lois de leurs ancêtres.

Moïse dans la loi hébraïque. Mahomet dans le Coran. en ont fait un dogme religieux. Une différence d'âge distingue pourtant leur pratique :

Le peuple juif pratique la circoncision à tous les garçons au huitième jour de leur naissance ;

Les Mahométans la pratiquent entre 10 et 15 ans, en souvenir d'Ismaël qui ne fut circoncis qu'à l'âge de 13 ans.

A ce moment, les enfants revêtent les habits d'homme et aident désormais leurs pères dans tous les travaux.

Vint l'ère chrétienne. Quoique Jésus-Christ ait subi la circoncision, fêtée jusqu'à nos jours le 1^{er} janvier, cette opération a été abandonnée par ses disciples.

Saint Paul remplace la circoncision par le baptême. Encore de nos jours, on peut trouver dans certaines églises des représentations sculpturales de la circoncision. GRIEWANK raconte avoir vu un curieux chapiteau de la circoncision sculpté avec un grand luxe dans l'Eglise de Saint-Nectaire-le-Haut (Puy-de-Dôme). Et HAMONIC, dans un article sur « La circoncision rituelle dans l'art », rapporte l'existence de nombreuses répliques de la petite opération.

En effet, la circoncision constituait la première cérémonie religieuse à laquelle fut soumis Jésus dans les jours qui suivirent sa naissance.

La naissance du Christ a beaucoup tenté les sculpteurs et les peintres qui ont traité les grandes phases de cet événement de façons très diverses.

« Mais les scènes sont des plus naïves et rien, dans cette circoncision rituelle, — dit HAMONIC — ne rappelle un acte chirurgical. On ne peut, des tableaux et des sculptures, tirer une conclusion relative à la pratique opératoire.

« On sent que la circoncision a été traitée par des artistes ignorant ce qu'était l'opération. Ils se sont contentés d'indiquer l'action de couper, en armant la main du grand-prêtre d'un couteau dont les dimensions excessives étaient destinées à bien accuser le symbole. »

De nos jours, la pratique de la circoncision se rencontre chez les Chrétiens abyssins et les Arabes égyptiens ; elle est très répandue en Afrique et en Asie, chez

certaines peuplades d'Australie, des îles de l'Océanie, du Thibet et de l'Amérique.

En Europe, elle se rencontre chez les Juifs, les Turcs et chez certains Chrétiens, ici uniquement par mesure hygiénique, prophylactique ou thérapeutique.

La législation française a réglementé la pratique de la circoncision par la loi de 1847, celle de 1862 et la dernière en date du Consistoire Central de Paris de 1888.

Il est fort curieux d'étudier l'opération de la circoncision telle qu'elle se pratique, encore de nos jours, chez certaines peuplades africaines.

« Pour être initiés à la vie et circoncis — rapportait MAES — les jeunes gens arrivés vers l'âge nubile se retiraient un beau matin loin du village natal et allaient vivre d'une vie secrète dans un enclos au milieu de la brousse ou au fond de la forêt, loin des regards indiscrets des non-initiés, des femmes et des étrangers.

« Tous les candidats à la circoncision ont été réunis dans un coin de la forêt. Ils avaient le corps recouvert de la tête aux pieds d'une épaisse couche d'argile blanche, le buste et le visage bariolés de lignes noires.

« Le néophyte, étendu à terre entièrement nu, était solidement maintenu en place par quelques assistants.

« L'opérateur, assis entre les jambes largement écartées, saisit le prépuce de la main droite, l'attire fortement à lui et, d'un coup sec du petit rasoir, le tranche net. Immédiatement après l'opération, le nouveau circoncis est transporté à l'écart. étendu à terre, les bras

et les jambes écartés et liés, la partie opérée recouverte d'un léger pagne en fibres de raphia. Puis le nouveau circoncis est étendu tout nu au soleil pour favoriser la première cicatrisation de la blessure. »

Les méthodes opératoires variaient d'une tribu à l'autre. Mais les accidents opératoires, faute d'antisepsie élémentaire, étaient fort nombreux. Cet état durait jusqu'au jour où la pratique de la circoncision, surveillée et réglementée, fut confiée aux médecins et chirurgiens, seuls qualifiés pour la pratiquer.

B. — CRITIQUE DE LA DILATATION INSTRUMENTALE DANS LE PHIMOSIS

Avant de recourir à l'intervention sanglante, de nombreux médecins essaient de dilater la muqueuse préputiale soit avec le dilateur de Trousseau, soit avec celui à trois branches de Nélaton.

Mais les adhérences très fréquentes empêchent la libération complète du gland.

« On n'est autorisé à dilater à la pince le canal préputial — écrit OMBRÉDANNE — que si celui-ci se laisse distendre sans résistance et sans fissuration de sa muqueuse ; ce sont les cas où, à proprement parler, il n'existe pas de phimosis. »

La dilatation est une pratique longue et peu efficace. La récurrence est à craindre.

« Nous avons opéré, cette année — nous dit JOLY — cinq enfants qui avaient subi la dilatation ; le phim-

mosis s'était reformé plus serré et plus nuisible que d'abord. Les cicatrices irrégulières causées par les déchirures ont toujours rendu l'opération plus difficile. »

Nous ne nous arrêtons donc qu'à l'intervention chirurgicale qui reste la cure radicale, par excellence, du phimosis.

C. — QUELQUES REMARQUES CONCERNANT L'OPÉRATION DU PHIMOSIS

N'importe quelle technique opératoire employée, exception faite des incisions dorsales ou latérales d'Astruc, imaginées par crainte des hémorragies, aboutit au même résultat, c'est-à-dire à l'ablation du prépuce.

Le mot de circoncision, si universellement répandu, provient de deux mots : *circum*, voulant dire « autour », et *cedere*, signifiant « couper ». En hébreu, cette opération porte le nom de « Milha ».

L'âge. — La date du huitième jour paraît être trop précoce, et pourtant la loi juive l'indique comme étant la meilleure. Ceci doit être expliqué par le climat chaud de Palestine, la circoncision ne devant être faite qu'après la chute du cordon.

La date mahométane souffre de l'exagération opposée ; l'âge de 13 à 15 ans correspond au réveil de l'activité sexuelle, et les érections consécutives peuvent être nuisibles à l'intervention.

La circoncision doit être faite en pratique dans la première année de la vie.

L'anesthésie. — Pour toutes nos opérations, nous n'avons jamais employé ni éther ni chloroforme, car la rapidité avec laquelle s'effectue l'intervention permet de se passer de toute anesthésie générale.

D'autre part, l'observation minutieuse permet de conclure que le moment douloureux ne correspond qu'à la section de la peau, et celle-ci, à l'aide de l'instrument dont nous nous servons, ne dure qu'une à deux secondes.

L'opération terminée, l'enfant est mis aussitôt au sein ou au biberon.

La question de la douleur ne se pose donc pas. D'ailleurs, d'autres opérations plus mutilantes et plus choquantes sont pratiquées de même sans anesthésie. Nous ne citerons que l'amygdalectomie.

L'anesthésie locale est indiquée dans les interventions sur les adolescents et adultes, le système nerveux de leurs organes génitaux étant beaucoup plus développé.

Nous donnons la préférence à la solution de novocaïne à 1 0/0. Il est nécessaire de faire une injection en couronne de la base de la verge et ne jamais oublier le frein qui doit être minutieusement anesthésié.

Attendre 5 minutes avant d'opérer.

Les indications. — Toutes les complications, déjà étudiées, constituent les indications opératoires du phimosis.

D'une façon générale, l'opération est indiquée toutes les fois que nous n'arrivons pas à découvrir facilement l'extrémité antérieure de la verge.

Les contre-indications. — Toute maladie infectieuse est une contre-indication majeure de la circoncision, mais l'inflammation locale du prépuce ne nécessite nullement l'ajournement de la circoncision.

Ne pas opérer les prématurés, les hydrocéphales, les enfants atteints de conjonctivite, d'affection du cordon, d'hydrocèle congénitale volumineuse et les ictériques, exception faite de l'ictère physiologique du nouveau-né qui disparaît normalement avant le huitième jour.

L'hémophilie est une contre-indication importante de l'opération de la circoncision.

Les anciens Hébreux en interdisaient déjà l'intervention, mais leur explication était toute empirique :

« Lorsque dans une famille deux fils avaient successivement succombé à la suite de la circoncision, s'il en naissait un troisième, celui-ci ne sera pas opéré à cause du danger de mort. »

D'ailleurs, c'est un accident peu fréquent et le médecin est renseigné par les antécédents familiaux du malade. Ceci concorde avec la statistique de BLUM qui n'a rencontré qu'un seul cas d'hémophilie durant une pratique de vingt ans et avec celle d'ALNORD qui donne la proportion de 1 pour 1.000.

Mais si le prépuce n'est pas trop long, s'il joue librement autour du gland, s'il peut être ramené sans difficulté en arrière, si aucun acte physiologique n'est compromis (miction chez l'enfant, copulation chez l'adulte), on pourra s'abstenir de toute intervention.

Instruments. — Différents préputomes plus ou moins ingénieux ont été inventés. On les a décrits dans le *Medical Record* (New Instruments for Circumcision, 1931).

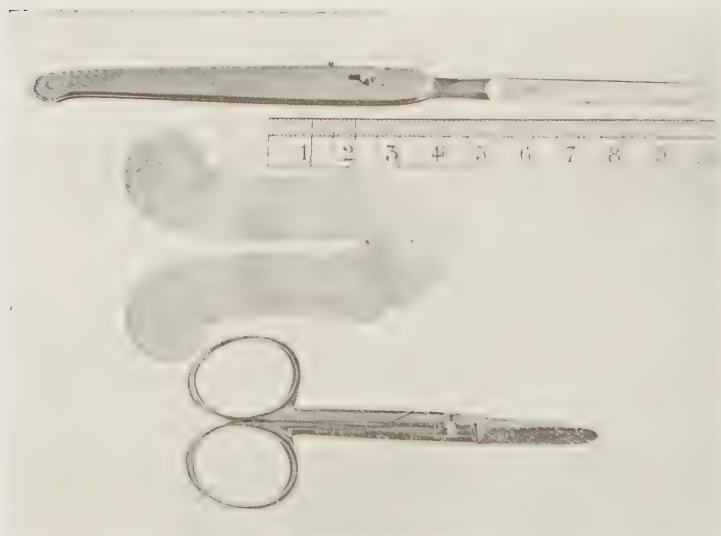
La boîte à instruments, dont nous nous servons, comprend :

1. Une petite plaque métallique, fendue au milieu, appelée « lyre ». Son origine remonte à la fin du dix-septième siècle. Elle sert à préserver le gland.

2. Une sonde cannelée pour destruction des adhérences.

3. Un bistouri fin, arrondi à son extrémité.

4. Une paire de ciseaux à pointe mousse pour inciser la muqueuse préputiale.



5. Pince hémostatique.
6. Pansements divers : gaze stérilisée, coton hydrophile.
7. Poudre hémostatique : dermatol, antipyrine.
8. Amadou stérilisé.
9. Aiguilles, catgut 00, rarement employés.

D. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE PROPOSÉE.

Une pratique opératoire plusieurs fois millénaire traversa des modifications diverses pour aboutir aux techniques chirurgicales aujourd'hui classiques.

Il y aurait peu de choses à ajouter si nous voulions nous placer au point de vue purement chirurgical. Mais, comme il résulte de notre introduction, la circoncision, facile à pratiquer et si répandue, puisque deux cent millions d'hommes la subissent, est une intervention de la pratique médicale journalière et entre dans le cadre de la petite chirurgie.

L'opération s'effectue le plus souvent au domicile même du patient, l'opérateur n'ayant ni aides ni personnel spécialisé.

Ceci l'oblige à pratiquer l'opération seul et c'est pour donner au médecin toute facilité et toute rapidité désirable que nous conseillons la technique ci-dessous décrite.

Il suffit d'avoir à sa disposition une table rectangulaire que nous plaçons devant une fenêtre et recouvrons d'un linge propre.

L'enfant est allongé parallèlement à la table ; un coussin est placé sous la tête et le siège, ce dernier étant garni d'une alèze.

La tête tournée vers la fenêtre, les pieds dirigés vers nous, la lumière arrive ainsi directement sur les organes génitaux.

Le champ opératoire étant bien éclairé et soulevé par le coussin, nous demandons à deux personnes de l'entourage du petit malade de tenir solidement les deux jambes, écartées autant qu'il se peut.

Nos instruments reposent devant le coussin, à la portée immédiate de la main. Nous déposons à notre gauche deux bandes de gaze stérilisée en forme de rouleau et deux ou trois bandelettes d'amadou également stérilisé, tout ceci étant préparé à l'avance.

Nous procédons au nettoyage de la région génitale à l'aide du coton hydrophile imbibé de l'eau oxygénée ou d'une solution phéniquée à 2 0/0.

C'est alors que nous passons la verge dans un champ de toile perforé, afin que la région scrotale soit complètement cachée.

Après avoir reconnu par le palper la limite antérieure du gland, nous attirons le prépuce en avant avec modération, nous introduisons le prépuce dans la fourche de la plaque métallique, faisant buter la face postérieure de l'instrument contre l'extrémité antérieure du gland, et nous lui donnons une direction oblique d'arrière en avant parallèlement au sillon balano-préputial décrit au chapitre d'anatomie.

Nous tranchons d'un seul coup la partie du prépuce en excès avec le bistouri, en le faisant glisser le long de la face antérieure de la plaque.

Le prépuce est ainsi sectionné. On constate une rétraction immédiate de la peau élastique de la verge, le gland restant encore couvert par la membrane préputiale.

Certains chirurgiens emploient une pince en lui donnant la même obliquité que nous donnons à la plaque métallique, cette pince servant de guide au bistouri.

Néanmoins, nous préférons l'instrument si anciennement connu, car il a l'avantage, non seulement de ne pas « mortifier les lèvres cutanées, ce qui arrive avec la pince de Kocher toujours trop serrée » (prof. OMBRÉDANNE), mais aussi de ne pas provoquer de douleur inutile, l'opération étant faite sans anesthésie.

Pour éviter une récurrence du phimosis, on doit ensuite couper, avec de petits ciseaux à pointe mousse, la muqueuse préputiale sur le dos du gland.

La déchirure de la muqueuse avec les ongles (la membrane se déchirant très facilement) ne doit plus être pratiquée ; d'ailleurs, les péritomistes habituels doivent appliquer les instructions qui leur ont été données par l'arrêt de la Commission médicale du Consistoire central de Paris de 1888.

Deux procédés peuvent être employés :

a) S'il s'agit d'un nourrisson ou d'un enfant en bas âge, il suffit de rabattre les deux lambeaux muqueux en les étalant et les attirant en bas et en arrière.

b) S'il s'agit d'un enfant plus âgé ou d'un adolescent, il vaut mieux exciser chaque lambeau latéral.

Pour éviter une rétraction cicatricielle post-opératoire, il est nécessaire de découvrir complètement le gland et ne s'arrêter qu'au sillon balano-préputial ne laissant que juste ce qu'il faut pour affronter finalement la peau et la muqueuse.

Pour ce faire, on saisit les lèvres qui résultent de la section, on retourne la muqueuse préputiale jusqu'à l'apparition complète et nette de toute la couronne glandulaire.

La muqueuse ainsi retournée prend la place laissée libre par la rétraction du prépuce cutané.

Mais la découverte du gland est plus ou moins facile ; dans la majorité des cas, de nombreuses adhérences unissent la muqueuse préputiale à la muqueuse glandulaire.

Pour les supprimer, il est bon de faire à ce moment — ou bien au début de l'intervention — une exploration à l'aide d'une sonde cannelée ou d'un stylet à pointe mousse, exploration poussée jusqu'à la rainure balano-préputiale, et libérer le gland.

La plaie est lavée avec des tampons de coton hydrophile imbibés d'une solution d'eau oxygénée ou d'antipyrine, d'acide borique ou d'eau phéniquée et on débarrasse les replis muqueux du smegma accumulé.

Chez le nourrisson, l'hémorragie est minime. Surveillance particulièrement l'artère du frein qui, chez l'adolescent et l'adulte, est beaucoup plus volumineuse. Chez

l'enfant, cette artériole est minime et le sang qui s'écoule provient souvent des terminaisons de l'artère dorsale de la verge.

Si l'artère du frein saigne, la ligature au catgut 00 s'impose. Il est d'usage même de réunir la peau et la muqueuse préputiale avec les ligatures ou les serre-fines laissées en place vingt-quatre heures, principalement dans la région avoisinant le frein.

L'article 22 de l'arrêté de 1888 dit notamment :

« Si l'écoulement sanguin ne s'arrête pas et si le sang paraît provenir d'un point d'où il s'arrache plus abondamment et par saccades, le péritomiste devra saisir ce point avec une serre-fine. »

Le médecin ligaturera à l'aide de catgut 00.

Mais dans la majorité des cas, un pansement à la fois hémostatique et compressif suffit autant pour arrêter l'hémorragie, s'il y en a une, que pour maintenir au contact, jusqu'à leur union, la muqueuse et le prépuce rétracté.

Dans ce double but, nous employons deux bandettes d'amadou stérilisé à l'aide desquelles, après avoir bien affronté la muqueuse avec la section cutanée, nous entourons la plaie, et, par-dessus l'amadou, pour le tenir (il tient en place parce qu'il absorbe le sang), nous appliquons une bandelette de gaze stérilisée de 2 centimètres de large.

La base de la verge est recouverte de coton hydrophile, de même qu'une autre couche est appliquée sur le méat — libre de tout pansement ; cette deuxième

nappe ayant pour but d'absorber l'urine au moment de son émission. On n'aura qu'à changer la ouate après chaque miction.

Le pansement doit être bien fait chez le nourrisson à cause des mouvements incessants des membres inférieurs.

On se trouvera bien de placer plusieurs couches de coton hydrophile dans la région du périnée, ceci ayant pour but de soulever la région scrotale et de maintenir les cuisses écartées. On attache les jambes avec une bande de Velpeau.

Afin d'empêcher tout contact et surtout celui de la couverture, qui n'aurait pour résultat que de supprimer le pansement déjà si faiblement protecteur, nous plaçons un cerceau en fil de fer tout autour de la région opérée.

L'enfant au lit, on pourra lui donner son biberon habituel.

Le premier pansement a lieu vingt-quatre heures après. S'il y avait des serre-fines, elles seront enlevées. Si c'est l'amadou qui recouvrait la plaie, on le détachera à l'eau bouillie tiède et on lavera la région avec une solution antiseptique quelconque.

La plaie est recouverte de poudre à l'acide borique, mais nous donnons la préférence au sous-gallate de bismuth.

Un pansement à gaze stérilisée est de nouveau appliqué.

La guérison définitive est obtenue dès le quatrième jour.

D'après MEYER, la muqueuse renversée sur le tissu cellulaire s'y greffe en quelques heures et la surface de section de cette muqueuse s'accole à la surface de section de la peau. De sorte que la plaie circulaire a l'apparence d'une simple coupure.

En résumé, voici les principaux temps de l'opération :

1. Désinfection du champ opératoire ;
2. Destruction des adhérences ;
3. Section du prépuce.
4. Section de la muqueuse et dénudation du gland ;
5. Hémostase ;
6. Réunion de la peau et de la muqueuse ;
7. Pansement.

E. — SUITES ET ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES.

La circoncision ainsi pratiquée avec toute asepsie réglementaire est une intervention dont les résultats sont aussi excellents que rapides.

Pourtant, quelques accidents, fort bénins dans la majorité des cas, peuvent survenir :

1. Hémorragie. — Il s'agit le plus souvent de l'artère du frein ; il faudra la ligaturer. L'hémorragie d'un hémophilique est rare.

2. Hématome. — L'hématome, provenant des suintements sanguins dans le tissu cellulaire environnant,

se résorbe de lui-même. A la rigueur, quelques pansements humides le feront disparaître.

3. Œdème. — Beaucoup plus fréquent, ce gonflement de la verge peut inquiéter l'entourage. Mais il n'y a aucun danger. L'œdème disparaîtra de lui-même en l'espace de trois à quatre semaines.

4. Infection et ulcère du méat. — Grâce à l'asepsie et l'antisepsie, les accidents infectieux ne doivent plus se voir.

Autrefois, la lésion ulcérate envahissait une grande partie de la surface glandulaire (J. COMBY).

Toutefois, elle peut avoir lieu si le gland, privé de son manchon préputial originel, est le siège d'une irritation par les langes souillés d'urine et laissés sur place.

5. Rétraction cicatricielle post-opératoire. — TOURNEUX, dans un article « Sur la récidive cicatricielle du phimosis après la circoncision », insiste sur la nécessité de la suppression totale de la muqueuse préputiale, dont la conservation, même partielle, provoquerait la rétraction cicatricielle à tel point que, finalement, « l'orifice redevient aussi étroit qu'avant l'opération et le gland est de nouveau complètement recouvert et il est totalement impossible de le décoiffer ». TOURNEUX procède alors à l'ablation presque complète du prépuce, ne gardant que juste ce qu'il faut pour affronter la peau et la muqueuse.

6. Erections. — L'intervention chez un adulte ou adolescent comporte un inconvénient, celui de l'érection,

qui peut aboutir à la désunion des lèvres de la plaie, et provoquer une hémorragie secondaire.

On combattra les érections par le sirop polybromuré ou le gardénal.

7. Rétention d'urine. — On appliquera des compresses froides sur le ventre, des lavements froids, ou, au besoin, on procédera au cathétérisme.

F. — NOTIONS MÉDICO-LÉGALES SUR L'OPÉRATION DE LA CIRCONCISION.

Les procédés primitifs et anciens exposaient à bien des dangers. Avant la réglementation, tout homme pouvait exercer l'art de péritomiste et nombreuses étaient les poursuites judiciaires à cause des infections graves, voire mortelles.

Le grand danger consistait dans le défaut d'asepsie, d'où les suppurations, les ulcères du méat déjà cités, enfin les infections généralisées.

La succion rituelle, pratiquée encore de nos jours dans certains pays d'Europe occidentale, pouvait s'expliquer soit par la volonté de soustraire tout le sang qui avait pu être infecté au moment de l'opération (MAIMONIDE), soit pour déterminer une ischémie et prévenir l'hémorragie (BROCA), soit dictée par un empirisme ayant pour base la valeur curative de la salive plus ou moins riche en sels de Ca (travaux de CABANÈS).

Mais cette pratique millénaire a donné lieu à des transmissions de tuberculose et de syphilis. Elle fut sup-

primée définitivement par l'arrêt du Consistoire central de Paris de 1888.

D'ailleurs, en France et dans beaucoup de pays, les procédés opératoires perfectionnés et exécutés par des hommes compétents ne fournissent plus matière à rapports médico-légaux.

CONCLUSIONS

A. — Dans ce travail, nous avons passé en revue les formes cliniques du phimosis. Nous sommes arrivé aux conclusions suivantes :

1. Le phimosis congénital constitue une malformation relativement fréquente.

2. Ne pas omettre, dans l'examen clinique d'un enfant, les organes génitaux. Des troubles très variés (nerveux, dyspeptiques et autres) n'ont parfois pour origine qu'un prépuce trop long ou trop serré.

B. — L'étude des différentes techniques opératoires de la circoncision nous a permis de mettre en évidence les notions suivantes :

1. La circoncision subsiste chez les uns comme rite religieux, se répand chez les autres comme moyen prophylactique ou thérapeutique ;

2. L'opération doit être faite de préférence dans la première année de la vie ;

3. Le médecin seul doit être autorisé à pratiquer la péritomie ;

4. Ne nécessitant ni aides ni installations spéciales, elle reste à la portée de tout praticien ;

5. L'opération, de durée minime, peut s'effectuer sans anesthésie générale ; chez l'adolescent et l'adulte, on emploiera l'anesthésie locale à la novocaïne ;

6. L'opération doit tendre à deux buts : chirurgical et esthétique ;

7. L'instrument en forme de lyre permet de simplifier la technique opératoire et la rapidité de l'intervention rend minime la douleur ;

8. Chez les nourrissons, on peut supprimer la résection des lambeaux et la suture cutanéomuqueuse ;

9. La guérison s'obtient en quatre à cinq jours ; l'enfant circoncis ne peut avoir, dans la suite, de phimosis, de paraphimosis ou de balano-posthite.

10. La circoncision est une pratique qui mérite de dépasser le cadre rituel et d'être appliquée actuellement, non seulement comme cure du phimosis, mais également dans un but hygiénique et prophylactique.

Vu : le Président de la thèse,

LENORMANT

Vu : le Doyen.

Tiffeneau.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

- J. COMBY. — *Phimosis et circoncision*. (Bulletin Médical, 1928.)
- J. MAES. — *Les rites de circoncision chez les Batshokwe de l'Angola*. (Pro Médico, 1934.)
- H. GRIEVANK. — *La circoncision*. (Guérir, 1934.)
- H. HARRIS. — *New instruments for circumcision*. (Medical Record, 1934.)
- J. BESSON. — *La libération précoce du gland chez le nourrisson*. (Rev. gén. de Clin. et de Thérap., 1932.)
- E. BLUM. — *La circoncision sur le nouveau-né*. (Le Courrier Médical, 1930.)
- FEDDERS. — *Ein 5 Jahre beobachteter Fall von Circoncisions tuberkulose*. (Monatschr. für Kinderh., 1928.)
- H. A. JUNOD. — *La seconde école de circoncision chez les Bakhaha du Nord du Transwaal*. (J. Roy. Anthropol. Inst. Great Britain-Ireland, 1929.)
- MASSON. — *La circoncision*. (Pro Médico, 1928.)
- SCHAPIRO. — *La circoncision*. (Les Sciences Médicales, 1926-1927.)
- E. TANT. — *La circoncision*. (Bruxelles Médical, 1929.)
- CRESPIN. — *De la circoncision rituelle au point de vue médico-légal*. (Archiv. d'Anthrop. crim. Lyon., Paris, 1900.)
- GOLDSCHMIDT. — *La circoncision dans l'art religieux*. (Chronique Médicale, Paris, 1905.)

- STARK. — *La circoncision*. (Archiv. de Méd. des Enfants, 1920.)
- PECH. — *Circoncision rituelle; traitement du paraphimosis*. (Bull. Méd., Paris, 1913.)
- ABOU. — *Les cérémonies rituelles de la circoncision en Algérie*. (Thèse Paris 1914.)
- BUGEAU. — *La circoncision au Kikuyu*. (Antropos Wien, 1911.)
- J. GRUTZHAENDLER. — *De la Milha*. (Thèse Montpellier 1914.)
- HAMONIC. — *La circoncision rituelle dans l'art*. (Revue clinique d'andr. et de gynéc., 1905.)
- A. DE MORTILLET. — *La circoncision en Tunisie*. (Bull. et Mém. de la Soc. d'Anthrop., Paris, 1900.)
- A. REVERDIN. — *La circoncision chez les Juifs*. (Revue méd. de la Suisse romande, Genève, 1888.)
- P.-P. VANIER. — *Cause morale de la circoncision des Israélites*. (Thèse, Paris, 1847.)
- ZABOROWSKI. — *La circoncision, ses origines et sa répartition en Afrique et à Madagascar*. (Anthr., Paris, 1896.)
- DESJARDIN DE LA REGLA. — *La circoncision envisagée comme une suggestion religieuse*. (Revue de l'Hypnot. et psychol. Physiol., Paris, 1893.)
- E. BARAS. — *La circoncision dans l'histoire*. (Thèse, Paris, 1936.)
- J.-B. JOLY. — *Histoire de la circoncision*. (Thèse, Paris, 1895.)
- S. SCIALOM. — *A propos de la circoncision*. (La Tunisie Médicale, 1929.)
- L. MARCHANT. — *De la circoncision*. (Thèse, Montpellier, 1855.)
- BREITENSTEIN. — *Die Circumcision in der Prophylaxie der Syphilis*. (Verhandl. d. Gesellsch. deutsch. natur. forsch., 1902.)
- VAN NECK. — *Les récidives du phimosis infantile après circoncision*. (La Pédiatrie pratique, 1936.)
- POIRIER et CHARPY. — *Anatomie*.
- TESTUT. — *Anatomie*.
- J.-P. TOURNEUX. — *Le phimosis congénital*. (Le Concours Médical, 1930.)
- F. FAURE. — *Traitement du phimosis chez l'enfant*. (Gaz. Méd., 1929.)

GONTERMANN. — *Einfache Anesthésie für die Operation der Phimose.* (Zentr. F. Chir., 1931.)

VEBER. — *Le phimosis cause de dyspepsie congénitale.* (Gaz. Méd. de France, 1930.)

OMBRÉDANNE. — *Chirurgie infantile.*

O. TECUCIANU. — *Contribution à l'étude de la circ. de la première enfance.* (Thèse, Paris, 1936.)

POLYA. — *Opérations pour le phimosis.* (Surg. Gynec. Obst., 1934.)

COHEN. — *De la circoncision.* (Congrès Méd. Internat., Paris, 1867.)

MEYER. — *Circoncision chez les Juifs.* (La France Médicale, 1906.)

MARTIN. — *De la circoncision.* (Thèse, Paris, 1870.)

E. DE MIGNOT. — *Phimosis et paraphimosis.*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	15
I.— Rappel anatomique sur les organes génitaux de l'homme.	18
II.— Étude des conditions bactériologiques au niveau du prépuce	23
III.— Étude clinique du phimosis. Indications de la circoncision	25
A.— Étude clinique du phimosis	25
B.— Classification des complications du phimosis	28
<i>Complications locales, 29. — Complications de voisinage, 32. — Complications générales, 35.</i>	
C.— Prédispositions	37
IV.— Observations	39
V.— Technique opératoire proposée	44
A.— Historique de l'opération de la circoncision	44
B.— Critique de la dilatation instrumentale dans le phimosis	48
C.— Quelques remarques concernant l'opération du phimosis	49
1. <i>L'Age, 49. — 2. L'Anesthésie, 50. — 3. Contre-indications, 51. — 4. Instruments, 52.</i>	
D.— Technique opératoire proposée.	55
E.— Suites et accidents post-opératoires	59
F.— Notions médico-légales sur l'opération de la circoncision	61
VI.— Conclusions	63
VII.— Bibliographie	65

